Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques

GUIDE POUR LE SUIVI INFIRMIER TÉLÉPHONIQUE DE LA CLIENTÈLE DES CLSC ATTEINTE D'UNE MPOC

Services multiclientèles de 1re ligne

Avril 2004

106-06079/

Disponible aux Services documentaires de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (514-286-5604)

Prix : 4,00 $

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004

ISBN : 2-89510-168-X

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, avril 2004

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à la conception de ce guide pour le suivi infirmier téléphonique de la clientèle des CLSC atteinte d'une MPOC. Une fois de plus, celles-ci ont mis à profit leurs compétences, leur disponibilité ainsi que leur engagement auprès des personnes atteintes de MPOC.

Les membres du comité de travail :

M. Alexandre Joubert,	infirmier bachelier, clinique externe, programme MPOC, Institut thoracique de Montréal
Mme Diane Landry	infirmière bachelière désignée MPOC, CLSC Ahuntsic
Mme Bernadette Tardivel	infirmière bachelière, intervenante pivot-réseau MPOC, hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Martine Vigneault	infirmière bachelière désignée MPOC, CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Les personnes qui ont lu et commenté le document :

Dr Jean Bourbeau	pneumologue, Institut thoracique de Montréal (CUSM)
Mme Sylvie Désilets	conseillère en soins infirmiers, CLSC La Petite Patrie
Mme Marielle Gauthier	infirmière clinicienne, SRSAD
M. Michel Lebel	intervenant pivot-réseau MPOC, sous région Centre-Ouest
Mme Diane Nault	infirmière-chef, cliniques externes, Institut thoracique de Montréal (CUSM)
Mme Kathy Noël	intervenante pivot-réseau MPOC, sous-région Est
Dr Simon Parenteau	pneumologue, hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Danielle St-Jules	chef de service, SRSAD

Les autres personnes consultées :

Mme Lorraine Lachance	infirmière, programme RESPIR, hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Isabelle Ouellet	infirmière bachelière, Institut thoracique de Montréal (CUSM)

Animation et coordination des travaux de rédaction :

Mme Louise Labissonnière	chargée de projet MPOC, Services multiclientèles de première ligne, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Secrétariat :

Mme Michèle Thibault	traitement de texte et collaboration à la conception graphique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 4

1. APPROCHE DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE 5

2. OBJECTIFS DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE 5

3. CLIENTÈLE CIBLE

3.1 Critères d'admissibilité au suivi téléphonique MPOC 6
3.2 Critères d'exclusion 6
3.3 À noter 6

4. DÉROULEMENT SUGGÉRÉ POUR L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE 7

4.1 Éléments du suivi téléphonique 7
4.2 Sommaire 7

5. FRÉQUENCE DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE 8

6. MOMENTS CRITIQUES ET SCÉNARIOS D'INTERVENTIONS

6.1 Situations nécessitant une visite à l'urgence 9
6.2 Exacerbations de la MPOC
6.2.1 Exacerbation reliée au stress ou à l'environnement (non infectieuse) 10
6.2.2. Exacerbation reliée à une infection respiratoire 11
6.3 Situations nécessitant une consultation médicale rapide mais non urgente 13
6.4 Reprise du suivi téléphonique suite à un épisode de soins 13

7. MODALITÉS DU FONCTIONNEMENT

7.1 Ressources humaines 14
7.2 Organisation du travail 14
7.2.1 L'équipe 14
7.2.2 Le temps requis 14
7.2.3 L'accessibilité 14

8. OUTIL CLINIQUE SUGGÉRÉ 16

ANNEXES :

Annexe 1 : Classification de la sévérité de la MPOC 17
Annexe 2 : Le client refuse une visite de l'infirmière ou refuse d'aller à l'urgence de l'hôpital 18

RÉFÉRENCES 19

INTRODUCTION

Afin de s'assurer de la pleine efficacité du réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de MPOC, la continuité relationnelle avec le client s'avère être un facteur de première importance.

Selon Reid, Haggerty, McKendry (2002), la continuité relationnelle repose sur la connaissance du patient comme personne et sur une relation continue entre le patient et les dispensateurs de services. Cette relation stable assure l'interconnexion des soins au fil du temps et permet de faire le pont entre des événements discontinus [1]

Dans un document d'orientation pour le développement d'une approche intégrée des soins et services MPOC (2000), un groupe de pneumologues québécois recommande la mesure suivante pour la clientèle MPOC relativement autonome ou en perte d'autonomie sévère :

> «Demeurer en lien constant avec la personne atteinte et ses proches pour détecter rapidement l'émergence de situations avant qu'elles ne mènent à un recours à l'urgence ou à l'hospitalisation» [2]. Les auteurs poursuivent en disant que ce lien peut se faire «en s'assurant que la personne atteinte ou ses proches aient toujours accès à un intervenant direct significatif et en exerçant cette stratégie de façon proactive, c'est-à-dire en prenant les devants en fonction de moments critiques prédéterminés.» [2].

Le programme de suivi téléphonique RESPIR de l'hôpital Sacré-Cœur illustre bien cette stratégie d'intervention dont l'effet positif a été démontré sur la diminution des hospitalisations et des visites à l'urgence.

L'évaluation, par un essai clinique randomisé, d'un programme de suivi de la clientèle MPOC comportant l'enseignement à l'autogestion de la maladie « Mieux vivre avec une MPOC © » ainsi qu'un suivi téléphonique de la clientèle, une initiative de l'Institut thoracique de Montréal, a aussi démontré des effets bénéfiques sur la qualité de vie des personnes et une diminution appréciable des hospitalisations et des visites à l'urgence. [3]

Il appert que la communication avec le client, particulièrement le suivi téléphonique, est une composante importante du succès des programmes d'autogestion auprès de la clientèle atteinte de MPOC. Par conséquent, il est pertinent et nécessaire de généraliser ce type de suivi au niveau des services de 1ère ligne offerts par les CLSC.

Le guide que nous proposons s'inscrit donc dans la poursuite de l'implantation du réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de MPOC. Le guide pour le suivi téléphonique de la clientèle MPOC s'adresse aux infirmières des CLSC, largement touchées par la mise en place de ce réseau. Il vise à supporter la pratique en suggérant une démarche structurée ainsi que des pistes d'interventions pouvant s'intégrer dans le cadre d'un plan d'intervention téléphonique. Le guide est un document d'accompagnement qui, faut-il le rappeler, ne remplace d'aucune façon le jugement clinique de l'infirmière, ni le suivi par le médecin.

Dans le continuum des soins et services, le suivi infirmier téléphonique vise la clientèle dont l'état est considéré stable, après avoir reçu les soins requis et l'enseignement pour l'autogestion de la maladie.

1. APPROCHE DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE

L'approche sous-jacente au suivi téléphonique, est basée sur celle de soins chroniques. Puisque la MPOC a une longue trajectoire descendante, nous privilégions une approche interdisciplinaire et holistique basée sur la prévention et la promotion de la santé. Cela est possible, entre autres, par le moyen de la surveillance faite dans le cadre du suivi téléphonique.

Nous croyons que la santé et la maladie peuvent coexister [4]. Voilà pourquoi nous visons comme résultats, une autogestion adéquate des symptômes et une amélioration ou maintien de la qualité de vie du client. Cette approche focalise non seulement sur la sévérité de la maladie mais surtout sur le bien-être du client dans le contexte de sa famille [4]. D'ailleurs, selon cette approche, le client est considéré comme un apprenant.

Cela signifie qu'il apprend des stratégies d'autogestion et de communication avec les professionnels de la santé qui le guident dans son adaptation à ses besoins changeants [4]. Quant au plan de soin, il est établi et révisé périodiquement par le médecin et les professionnels de la santé, en collaboration avec le patient [4].

Les éléments susmentionnés que sont la santé, la famille, la collaboration et l'apprentissage sont également des éléments du modèle McGill [5]. Il est donc évident que notre approche au suivi téléphonique est inspirée à la fois de ce modèle et de l'approche des soins chroniques.

2. OBJECTIFS DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE

OBJECTIF GÉNÉRAL :

Que le client développe son autonomie dans l'autogestion de sa maladie et maintienne la meilleure qualité de vie possible.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

1) Que le client ait recours de plus en plus à la personne ressource du CLSC et le moins possible aux services d'urgence des hôpitaux ;
2) Que le client puisse créer un lien de confiance avec la personne ressource du CLSC ;
3) Que le client puisse rejoindre en tout temps une personne ressource du CLSC afin de la consulter au sujet de modifications de ses symptômes et si besoin, d'être aidé pour mieux gérer son anxiété ;
4) Que le client soit en mesure de prévenir des exacerbations de la maladie ou d'en diminuer la gravité ;
5) Que le client reçoive un renforcement régulier au niveau de ses acquis et de ses compétences ;
6) Que le client bénéficie d'un suivi régulier de son état général, afin d'identifier précocement les symptômes de détérioration physique ou psychologique.

3. CLIENTÈLE CIBLE

3.1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU SUIVI TÉLÉPHONIQUE MPOC

Pour être inscrit au suivi téléphonique, le client devrait répondre aux critères suivants :

- MPOC DIAGNOSTIQUÉE*
- CLIENT DÉJÀ ÉVALUÉ, ET QUI NE NÉCESSITE PLUS DE SUIVI INFIRMIER À DOMICILE OU AU CLSC
- CLIENT QUI A REÇU UN ENSEIGNEMENT SUR :
  - Physiopathologie de la MPOC
  - Signes et symptômes d'exacerbation
  - Médication
  - Techniques d'inhalation des médicaments
  - Plan d'action avec ou sans prescription
  - Techniques de respiration
  - Principes de conservation d'énergie, incluant les positions pour diminuer l'essoufflement
  - Techniques de relaxation
- CLIENT PRÉSENTANT LES INDICES DE STABILITÉ SUIVANTS[10] :
  - 3 exacerbations ou moins par année
  - 2 hospitalisations ou moins ou 2 visites à l'urgence ou moins dans la dernière année
  - Saturation plus grande ou égale à 92% à l'air ambiant lors de la dernière visite à domicile ou à l'hôpital
- CLIENT AYANT LA CAPACITÉ DE MAINTENIR UNE CONVERSATION TÉLÉPHONIQUE ADÉQUATE, SINON, AIDANT NATUREL QUI LE PEUT
- À NOTER QU'IL EST SOUHAITABLE :
  - Que le client ait un suivi médical (soit par un médecin de famille, soit par un pneumologue). En l'absence de suivi médical, il est essentiel d'aider le client à trouver un médecin.
  - Que le client ait en sa possession une prescription de médicaments en cas d'exacerbation

3.2 CRITÈRES D'EXCLUSION :

- COMORBIDITÉ PLUS GRAVE QUE LA MPOC (EX : NÉO, INSUFFISANCE CARDIAQUE ...)
- NON-OBSERVANCE DES CONSIGNES ET/OU DU TRAITEMENT
- CLIENT QUI DÉSIRE SE RETIRER DU PROGRAMME DE SUIVI TÉLÉPHONIQUE
- CLIENT INCAPABLE DE COMMUNIQUER SES BESOINS LUI-MÊME OU PAR L'ENTREMISE D'UN AIDANT NATUREL

3.3 À NOTER :

- LA CLIENTÈLE AVEC UNE MPOC MODÉRÉE OU SÉVÈRE (VOIR ANNEXE 1) DOIT D'EMBLÉE ÊTRE INSCRITE À LA LIGNE DÉDIÉE D'INFO-SANTÉ. LE SUIVI TÉLÉPHONIQUE NE REMPLACE PAS CETTE INSCRIPTION.

---

* Le diagnostic MPOC se base sur la mesure du VEMS post-bronchodilatateur inférieure à 80% de la valeur prédite et sur le rapport VEMS/CVF inférieur à 0.7 (70%). Ces deux conditions sont nécessaires pour poser un diagnostic de MPOC.

4. DÉROULEMENT SUGGÉRÉ POUR L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

La suggestion suivante de la séquence des éléments d'un suivi téléphonique est basée sur la pratique professionnelle d'infirmières œuvrant dans le domaine de la MPOC. En plus d'une méthode, elle vise aussi à en proposer le contenu. Nous croyons qu'elle permettra de collecter l'information de façon organisée et logique. Bien entendu, l'infirmière peut, selon les besoins, évaluer les points suivants dans un ordre différent. De plus, il faut se rappeler qu'un tel suivi s'intègre dans le cadre d'un plan d'intervention téléphonique. Logiquement donc, l'infirmière se doit de tenir compte des entretiens téléphoniques précédents. Il est également à noter que la collecte de données peut se faire simultanément avec les interventions. Il faut prévoir, en moyenne, 20 minutes par suivi téléphonique, incluant le temps de rédaction de la note au dossier.

4.1 ÉLÉMENTS DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE :

- État respiratoire du client, détérioration des symptômes par rapport à sa condition de base
- État général du client (bio-psychosocial)
- Hospitalisations et visites à l'urgence, depuis le dernier appel
- Utilisation depuis le dernier appel d'un plan d'action « Mieux vivre avec une MPOC © » incluant possiblement une prescription d'antibiotique et/ou de prednisone
    - Gestion de l'anxiété, des émotions et du stress
    - Gestion des facteurs aggravants de l'environnement
    - Gestion des infections respiratoires
    - Gestion des situations de danger (urgence)
- Stratégies d'autogestion utilisées par le client :
    - Respiration à lèvres pincées
    - Technique de toux
    - Conservation d'énergie
    - Médicaments
    - Techniques d'inhalation
- Intervention ponctuelle systématique sur le tabagisme (renforcement, rappel)
- Exercices, activités physiques et autres habitudes de vie
- Ressources utilisées par le client, au moment du suivi

4.2 SOMMAIRE :

1°	Raison d'intervention	4°	Interventions
2°	Collecte de données en résumé	5°	Planification
3°	Identification des problèmes par le client	6°	Évaluation par le client

5. FRÉQUENCE DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE

Les recommandations suivantes s'appuient sur la pratique d'infirmières et infirmiers qui comptent plusieurs années d'expérience dans le suivi téléphonique de la clientèle MPOC. Afin de maintenir la continuité relationnelle et de pouvoir atteindre les objectifs du suivi téléphonique, il est important de maintenir une fréquence minimale d'intervention aux trois mois pour la clientèle dont le stade de maladie est modéré ou sévère(voir annexe 1).

- STADE LÉGER
  - Un appel par année à l'automne.
  - Interventions principales : Information, prévention et rappel pour la vaccination.
- STADE MODÉRÉ
  - Pendant les 3 premiers mois, faire un appel de suivi par mois.
  - Par la suite, appeler tous les 3 mois, dont un appel à l'automne au sujet de la vaccination. S'il n'y a pas de problème particulier et que l'usager comprend bien son plan d'action *Mieux Vivre avec une MPOC* ©, maintenir la fréquence des appels aux 3 mois.
- STADE SÉVÈRE
  - Pendant les 6 premiers mois, faire un appel de suivi par mois.
  - Par la suite, appeler tous les 3 mois, dont un appel à l'automne au sujet de la vaccination. S'il n'y a pas de problème particulier et que l'usager comprend bien son plan d'action *Mieux Vivre avec une MPOC* ©, maintenir la fréquence des appels aux 3 mois.

6. MOMENTS CRITIQUES ET SCÉNARIOS D'INTERVENTIONS

Le chapitre 6 présente des situations cliniques fréquentes pour lesquelles l'infirmière aura à intervenir. Cette intervention se produira lors du suivi téléphonique qu'elle initie ou lorsque le client appelle lui-même. Le guide propose des scénarios d'interventions qui, toutefois, ne remplacent pas le jugement clinique de l'infirmière.

6.1 SITUATIONS NÉCESSITANT UNE VISITE À L'URGENCE : [6]

Lors d'un appel téléphonique, l'infirmière a toujours à évaluer l'urgence de la situation au niveau de :

l'**État de conscience**, la **Respiration** et la **Circulation sanguine**.

Le client doit être dirigé à l'urgence si, au questionnaire, il présente :

- PROBLÈMES AU NIVEAU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE :
  - Perte ou impression de perdre conscience
  - Confusion, diminution de l'état de conscience, somnolence, étourdissements sévères
  - Agitation, irritabilité inhabituelle (Signes d'hypoxie, d'hypercapnie)
- PROBLÈMES AU NIVEAU DE LA RESPIRATION :
  - Difficulté respiratoire importante qui persiste malgré les moyens de contrôle (bronchodilatateurs, techniques de respiration, de relaxation…)
  - Problèmes au niveau de la respiration reliés à l'aspiration récente de nourriture ou d'un corps étranger
  - Difficulté à compléter ses phrases à cause de son essoufflement
  - Bruits respiratoires persistants, audibles au téléphone : « wheezing » (signe de bronchospasme), gargouillements (signes de sécrétions abondantes, gênant la respiration)
  - Respiration rapide, très profonde ou très superficielle, ou très lente
  - Tirage intercostal ou sous claviculaire (questionner l'aidant naturel présent)
  - Orthopnée récente
- PROBLÈMES AU NIVEAU DE LA CIRCULATION SANGUINE :
  - Cyanose ou pâleur (questionner au besoin l'aidant naturel présent)
  - Coloration grisâtre au pourtour des lèvres/nez (questionner au besoin l'aidant naturel présent)
  - Diaphorèse importante
  - Hémoptysie
  - Douleur rétro sternale
  - Arythmie d'apparition récente (demander s'il ressent des palpitations, « cœur qui saute »)
  - Œdème des membres inférieurs accompagné d'une augmentation soudaine de la dyspnée (insuffisance cardiaque)
- AUTRES FACTEURS DE RISQUES QUI DOIVENT ORIENTER LE CLIENT VERS UNE CONSULTATION URGENTE :
  - Douleur thoracique aiguë, d'apparition soudaine (signe possible d'embolie pulmonaire)
  - Exacerbation aiguë en présence de facteurs de risques associés : comorbidité (diabète, insuffisance cardiaque), âge avancé, antécédents d'intubation ou d'hospitalisations aux soins intensifs, atteinte de l'état général, usage abusif de bronchodilatateurs, absence de support à domicile, céphalée matinale.

Dans le doute, une visite à domicile (VAD)d'urgence s'impose.
Référer le client à l'urgence avec une fiche de liaison contenant les dernières informations cliniques.

Si le client refuse une VAD ou refuse de se présenter à l'urgence, s.v.p. vous référer à l'annexe 2 à la page 18 du présent document.

6.2 EXACERBATIONS DE LA MPOC :

6.2.1 EXACERBATION RELIÉE AU STRESS OU À L'ENVIRONNEMENT (NON INFECTIEUSE) : [9]

➢ SI AU QUESTIONNAIRE, LE CLIENT PRÉSENTE UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- Augmentation de la dyspnée
- Augmentation de la toux et/ou augmentation de la quantité des expectorations sans modification de la couleur ou de la viscosité (détérioration rapide, souvent associée à une crise d'essoufflement).

➢ L'INFIRMIÈRE POSERA LES ACTIONS SUIVANTES :

- Identifier avec le client la cause de l'exacerbation
- Vérifier les actions posées par le client
- Initier les moyens de contrôler la crise d'essoufflement :

EXACERBATION RELIÉE AU STRESS

- ➢ Respiration à lèvres pincées et relaxation
- ➢ Position facilitant la respiration
- ➢ Demeurer calme et détendu
- ➢ Utiliser au besoin un bronchodilatateur à courte durée d'action (Ventolin,...)

EXACERBATION RELIÉE À L'ENVIRONNEMENT

- ➢ Utiliser son bronchodilatateur à courte durée d'action (Ventolin,...)
- ➢ Éviter ou réduire l'exposition aux facteurs qui ont aggravé les symptômes
- ➢ Respiration à lèvres pincées et relaxation
- ➢ Demeurer calme et détendu

- S'IL N'Y A PAS D'AMÉLIORATION DES SYMPTÔMES, LE CLIENT DOIT COMMUNIQUER AVEC L'INFIRMIÈRE OU AVEC LE MÉDECIN LA JOURNÉE MÊME. L'INFIRMIÈRE RÉÉVALUERA LES ACTIONS POSÉES PAR LE CLIENT ET, S'IL Y A LIEU, L'AIDERA À OBTENIR UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL DANS LES 24 HRES.

- SI ELLE LE JUGE PERTINENT, L'INFIRMIÈRE APPELLERA LE CLIENT DANS LES 48 HEURES SUIVANT L'INTERVENTION.

6.2.2 EXACERBATION RELIÉE À UNE INFECTION RESPIRATOIRE :

- LE CLIENT QUI A DÉVELOPPÉ UNE INFECTION RESPIRATOIRE PRÉSENTERA AU MOINS **DEUX** DES SYMPTÔMES SUIVANTS ACCOMPAGNÉS OU NON DE FIÈVRE : [9]
  - Augmentation de la dyspnée
  - Augmentation de la quantité des expectorations
  - Changement de la couleur et/ou de la viscosité des expectorations
- L'INFIRMIÈRE POSERA LES ACTIONS SUIVANTES :
  - Identifier le moment du début des symptômes
  - Si les symptômes ont débuté **il y a moins de 48 heures*** **mais perdurent depuis environ 24 heures,** vérifier si le client a un plan d'action médicamenteux

SI PLAN D'ACTION MÉDICAMENTEUX

- Vérifier les actions posées par le client depuis le début des symptômes
- Si le client n'a pas débuté la prise de médicaments de son plan d'action, demander au client de le faire en respectant la prescription
- Rappeler le client 48 heures après le début de la prise des médicaments, afin de réévaluer son état

S'il y a peu ou pas d'amélioration après 48 heures, référer le client à un médecin afin d'être vu le jour même

Si le traitement est efficace, rappeler le client à la fin du traitement, afin de réévaluer son état

SI ABSENCE DE PLAN D'ACTION MÉDICAMENTEUX

- Vérifier les actions posées par le client depuis le début des symptômes
- Bien identifier les symptômes et communiquer avec le médecin traitant le jour même, afin d'obtenir une prescription de traitement. Si besoin, faire une visite à domicile
- Si le médecin traitant n'est pas disponible, communiquer avec l'infirmière de suivi systématique ou de liaison du CH, où le client est conn_, afin d'obtenir une prescription ou un rendez-vous dans les 24 heures. Si ce service n'est pas accessible, référer le client à une clinique médicale sans rendez-vous, pour être vu dans les 24 heures
- Rappeler le client 48 heures après le début de la prise des médicaments, afin de réévaluer son état

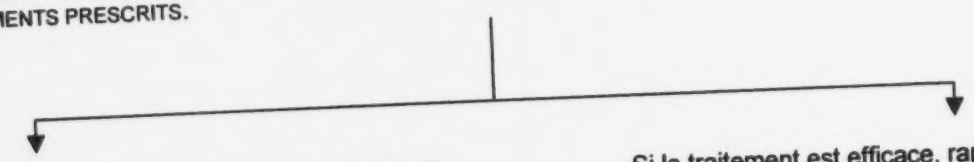
S'il y a peu ou pas d'amélioration après 48 heures, référer le client à un médecin afin d'être vu le jour même

Si le traitement est efficace, rappeler le client à la fin du traitement, afin de réévaluer son état

* N.B. Ce délai pourrait, au maximum, aller jusqu'à 72 hres, selon l'intensité des symptômes et l'état habituel et général du client.

6.2.2 EXACERBATION RELIÉE À UNE INFECTION RESPIRATOIRE *(SUITE)* :

- SI LES SYMPTÔMES DU CLIENT ONT DÉBUTÉ **IL Y A PLUS DE 48 HEURES***, L'INFIRMIÈRE DOIT LE RÉFÉRER À SON MÉDECIN TRAITANT OU À UNE CLINIQUE MÉDICALE SANS RENDEZ-VOUS, POUR ÊTRE VU LE JOUR MÊME.
- L'INFIRMIÈRE RAPPELLERA LE CLIENT 48 HEURES APRÈS SA RÉFÉRENCE, AFIN D'ÉVALUER SON ÉTAT ET LA PRISE ADÉQUATE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS.



S'il n'y a pas d'amélioration dans les 48 heures, l'infirmière communiquera avec le médecin traitant. Une visite à domicile peut être nécessaire avant la communication avec le médecin, afin de compléter l'évaluation et de vérifier si la prise des médicaments est adéquate.

Si le traitement est efficace, rappeler le client à la fin du traitement, afin de réévaluer son état.

À NOTER :

- À la fin du traitement, le client devrait avoir retrouvé sa condition de base. Dans le cas contraire, il doit être référé à son médecin.
- Le succès d'un traitement avec antibiotiques et corticostéroïdes dépend en grande partie de la période écoulée entre le début des symptômes et le début du traitement. D'où l'importance de l'enseignement aux clients sur la reconnaissance de leurs signes et symptômes d'exacerbation et l'application **rapide** de leur plan d'action « Mieux vivre avec une MPOC » qui inclut le recours à leurs personnes ressources.
- Le client, dont l'état devient instable, sera référé au SRSAD conformément au *Guide pour la référence SRSAD/CLSC* [10]

* N.B. Ce délai pourrait, au maximum, aller jusqu'à 72 hres, selon l'intensité des symptômes et l'état habituel et général du client.

6.3 SITUATIONS NÉCESSITANT UNE CONSULTATION MÉDICALE RAPIDE MAIS NON URGENTE

- LE CLIENT NÉCESSITE UNE CONSULTATION MÉDICALE RAPIDE, MAIS NON URGENTE, **DANS UN DÉLAI D'UNE SEMAINE,** SI AU QUESTIONNAIRE IL PRÉSENTE :
  - Difficulté à s'alimenter
  - Présence inhabituelle de filaments de sang dans les expectorations
  - Fatigue inhabituelle
  - Perte de poids
  - Œdème inhabituel des membres inférieurs, sans augmentation de la dyspnée

Le client sera invité à voir son médecin traitant (omnipraticien ou pneumologue) dans un délai d'une semaine ou moins.

L'infirmière télécopiera au médecin ou remettra au client, s'il y a eu VAD, la fiche de liaison contenant les dernières informations cliniques.

Un appel de relance sera fait dans la semaine suivant la visite médicale.

6.4 REPRISE DU SUIVI TÉLÉPHONIQUE, SUITE À UN ÉPISODE DE SOINS.

Si l'état du client a nécessité une hospitalisation ou une visite à l'urgence, le suivi téléphonique reprendra après une VAD faite dans la semaine suivant le congé du client. Par contre, si l'état du client le permet, la visite à domicile pourra être remplacée par une rencontre avec l'infirmière aux services courants du CLSC. Si son état est jugé stable, selon les critères du suivi téléphonique, le suivi reprendra avec un appel la semaine suivant la VAD, puis un mois après. Le suivi reprendra alors selon la séquence déjà installée avant la visite à l'hôpital.

Suite à une période d'exacerbation de la maladie, un appel téléphonique sera fait un mois plus tard. Puis, si l'état du client est stabilisé, le suivi reprendra selon la séquence déjà installée avant l'épisode.

7 MODALITÉS DU FONCTIONNEMENT

7.1 RESSOURCES HUMAINES

Les infirmières qui auront la responsabilité de faire le suivi téléphonique de la clientèle MPOC, doivent avoir un bagage de connaissances et d'expériences appropriées. Nous recommandons qu'elles aient suivi le programme régional de formation MPOC ou l'équivalent et qu'elles aient l'expérience du suivi à domicile de cette clientèle.

7.2 ORGANISATION DU TRAVAIL

7.2.1 L'ÉQUIPE

La présence d'une équipe et la stabilité de celle-ci sont des facteurs de succès importants, car cela facilite la continuité relationnelle et le développement du sentiment de confiance chez la clientèle. Il est donc souhaitable qu'il y ait au moins deux infirmières qui partagent la responsabilité du suivi téléphonique de la clientèle.

Selon les volumes de clientèle et les choix organisationnels des CLSC, l'équipe du suivi téléphonique pourrait compléter celle d'un Centre d'enseignement sur l'asthme et la MPOC ou faire partie du service des soins à domicile ou des services courants. Cependant, ces infirmières devraient, idéalement, avoir la latitude d'effectuer ou d'obtenir une V.A.D. lorsque l'état du client le requiert.

7.2.2 LE TEMPS REQUIS

En considérant la pratique actuelle, on estime qu'il faut prévoir, en moyenne, 20 minutes par suivi téléphonique, incluant le temps de rédaction de la note au dossier.

7.2.3 L'ACCESSIBILITÉ

La clientèle MPOC, plus particulièrement celle ayant une atteinte modérée ou sévère, doit avoir accès facilement et rapidement à une personne ressource au CLSC. L'accessibilité à l'équipe de suivi téléphonique devra être en harmonie avec les services d'accès déjà en place (ex : ligne dédiée).

OUTIL CLINIQUE SUGGÉRÉ

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

No. Dossier :
Nom (à la naissance) :
Prénom :
Autre nom utilisé :
Adresse :
Code postal :
Né le : A ___ /M___ /J___ Téléphone ( )
No. ass.-maladie : Sexe : M ☐ F ☐
Date exp. : A___ /M___

QUESTIONNAIRE SUIVI INFIRMIER TÉLÉPHONIQUE MPOC

Il est essentiel d'inscrire une note dans chaque case. Si un élément n'a pas été évalué, faire un trait dans la case correspondante.

			DATES			
Respiration	B = bruyante S = sifflante T = tirage					
Dyspnée	ø = absente ⇧ = augmentée ⇩ = diminuée id = identique	Repos				
		Élocution				
Selon la perception du client		AVQ				
		AVD				
Toux	ø = absente S = Sèche G = Grasse P = Productive NP = Non Productive Q = Quinteuse É = Émétisante F = Fréquente O = Occasionnelle **Quand : à préciser J = Jour N = Nuit**					
Expectorations	ø = absentes 15 ml – (+) 15-30 ml (++) 30-100 ml (+++) 100 ml + (++++) B = Blanc J = Jaune V = Vert S = Sanguinolent Aspect : spécifier					
Cyanose	ø = absente D = Digitale L = Labiale MB = Muqueuse-Buccale (✓) Voir note au dossier					
Douleur thoracique	ø = absente Selon échelle de douleur 1 à 10 (✓) Voir note au dossier					
Œdème	ø = absent ⇧ = augmenté ⇩ = diminué id = identique Site : préciser (MI) (MID) (MIG)					
Hospitalisation ou visite à l'urgence ou exacerbation	ø = absente H= Hospitalisation date & durée V = Visite à l'urgence, date et durée E = Exacerbation, date (✓) Voir note au dossier					
Manifestations d'anxiété	ø = absente L= Légère M = Modérée S = Sévère P = Panique (✓) Voir note au dossier					
Médication spécifique	A = prise Adéquate I = prise Inadéquate (✓) Voir note au dossier					
Oxygène	ø = absent Rx : Litres/min. Utilisation : hres/24hrs					
Signes cliniques d'hypoxie/ hypercapnie. Surveillance additionnelle	ø = absent D = Diaphorèse, S = Somnolence C = Céphalée matinale, CO = Confusion, A = Agitation MC = Modification du comportement (✓) Voir note au dossier					
Tabagisme	ø = absent (✓) Voir note au dossier					
Autres aspects biopsychosociaux	ø = absent S = Sommeil, P = Poids, N = Nutrition, E = Exercices, A = Autonomie, PS = Psychosocial, R = Ressources (✓) Voir note au dossier					

Date.	*Signature de l'infirmière*	Date.	*Signature de l'infirmière*

© Agence de développement de Montréal 2004

ANNEXE 1

Classification de la sévérité de la MPOC* (8)

Stade de la MPOC	Échelle de dyspnée (CRM)	VEMS post bronchodilatateur
Léger	Stade 2 Essoufflement lors de la marche rapide sur terrain plat ou sur une pente légère	VEMS: 60% à 79%
Modéré	Stade 3 Marche plus lentement que les personnes du même âge sur terrain plat ou s'arrête pour prendre son souffle après quelques minutes de marche à son rythme sur terrain plat.	VEMS : 40% à 59%
	Stade 4 S'arrête pour prendre son souffle après avoir marché 300 pi ou 100 mètres sur terrain plat.	
Sévère	Stade 5 Trop essoufflé pour quitter la maison Ou Essoufflé après s'être habillé.	< 40 %

* Il est à noter qu'il est possible que pour un client donné, le degré de dyspnée ne corresponde pas à la sévérité du syndrome obstructif telle qu'établie par le VEMS. Il est important dans toute situation où les symptômes de dyspnée se détériorent de s'assurer que ces derniers sont en relation avec une exacerbation de la MPOC et non avec une condition co-morbide (pneumonie, insuffisance cardiaque, etc.).

ANNEXE 2

Le client refuse une visite de l'infirmière ou refuse d'aller à l'urgence de l'hôpital [6]

Processus de prise de décision de l'infirmière Info-Santé

Jugé capable de faire un choix éclairé	Jugé incapable de faire un choix éclairé
• Inscrire au dossier les données objectives expliquant le degré d'aptitude du client.*	• Inscrire au dossier les données objectives expliquant le degré d'inaptitude du client.*
• Explorer et encourager à utiliser les ressources familiales et de l'entourage pouvant aider la personne en difficulté.	• Si vous jugez que la vie ou la santé est menacée et nécessite une intervention médicale immédiate, il est possible d'informer le client que l'on se doit de contacter Urgence Santé pour une visite.
• Proposer une relance téléphonique ou inviter la personne à nous retéléphoner.	• S'il n'y a pas de danger : Proposer une relance téléphonique ou inviter la personne à nous retéléphoner.

L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE FAIRE UN CHOIX ÉCLAIRÉ EST UNE DÉMARCHE CLINIQUE QUI DOIT APPARAÎTRE AU DOSSIER. EN CAS DE LITIGE DE TOUTE SORTE, LE DOSSIER FAIT SA PREUVE PAR LUI-MÊME. *CE QUI N'EST PAS ÉCRIT EST RÉPUTÉ NON DIT.*

* **À TITRE INDICATIF**, DOIVENT ÊTRE INCLUS DANS LE DOSSIER [7]

La personne est-elle capable d'expliquer le problème de santé pour lequel elle consulte ? *« Explique de façon organisée son problème de santé, en décrivant les événements de façon chronologique/ordonnée. »*
La personne comprend la nature et le but de la consultation proposée : *« Capable de reformuler le lieu de référence proposé et le but de la référence ».*
La personne saisit les risques et les avantages du suivi proposé. La personne comprend les risques et avantages du refus du suivi proposé : *« Capable d'expliquer dans ses mots, pourquoi on le réfère, où, dans quel délai et les risques à attendre outre mesure».*
Le problème de santé affecte-t-il la capacité de comprendre ? *« D'après les données recueillies, le problème de santé du client ne semble pas de nature à altérer son jugement ».*

TOUTE DÉCISION EST ASSUJETTIE AU BON JUGEMENT DE L'INFIRMIÈRE…

RÉFÉRENCES :

1. Reid R., Haggerty J, McKendry R. *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins.* Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2002; pp.4-9.

2. Bourbeau J., Lanthier C., Leclerc R., Ricard L. *Vers une approche intégrée des soins et services aux personnes atteintes de maladies pulmonaires atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) au Québec.* Initiative d'un groupe de pneumologues québécois et d'un patient atteint de MPOC. Rapport final . Avril 2000; p. 27 et p. 35.

3. Bourbeau J., Julien M. et coll., Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch. Intern. Med* 2003 : 163 : 585-591.

4. Bourbeau J., Nault D., Borycki E. *Comprehensive management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Hamilton : BC Decker, 2002 : 9-16.

5. Gottlieb L., Rowat K. The McGill model of nursing : a practice-derived model. *ANS Adv. Nurse Sci* 1987 : 9 : 51-61.

6. Régie régionale Montréal, *Info-Santé, Guide d'évaluation et d'interventions téléphoniques spécifiques à la clientèle MPOC.* Document de travail, janvier 2003.

7. Monette, Barakett, Lévesque, Bourque, Pedneault. « Consentement aux soins », *Le point d'orientations*, vol. 1, no. 4, mai 2002. Le curateur publique du Québec.

8. Société canadienne de thoracologie, Recommandations relativement au traitement de la maladie pulmonaire obstructrice chronique. *www.pulsus.com*, septembre 2003.

9. Réseau en Santé Respiratoire du FRSQ. « *Plan d'action Mieux vivre avec une...MPOC* », Subvention à l'éducation de Bœhringer Ingelheim.

10. Régie régionale de Montréal. *Guide pour la référence SRSAD/CLSC soins infirmiers respiratoires, Clientèle MPOC.* Montréal, novembre 2002 (révisé, avril 2004).

LL/mt

Mise à jour : 5 mai, 2004